

**HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT**  
**GESTÃO: INSTITUTO SÓCRATES GUANAES – C.G. 091/2012**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2026 \* PREENCHER COM LETRA DE FORMA**  
**SELEÇÃO PÚBLICA – Edital 005/2026 – DE 21 A 27 DE JULHO DE 2026**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |                                 |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                                 |                                      |
| Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |                                 | CPF:                                 |
| Identidade nº:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Órgão Emissor:                     | Data Nasc.: / /                 |                                      |
| E-mail:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Tel fixo: ( )                      | Cel: ( )                        |                                      |
| <b>2. ENDEREÇO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |                                 |                                      |
| Rua:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |                                 |                                      |
| Cond.:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Bloco:                             | Apto:                           |                                      |
| Bairro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CEP:                               | nº:                             |                                      |
| Cidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | UF:                                |                                 |                                      |
| <b>3. ESCOLARIDADE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                 |                                      |
| Nível Superior <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                    |                                 |                                      |
| <b>4. CARGO AO QUAL CONCORRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                    |                                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> Médico Dermatologista<br><input type="checkbox"/> Médico Neurologista<br><input type="checkbox"/> Médico Psiquiatra                                                                                                                                                                            |                                    |                                 |                                      |
| <i>Necessário apresentação das documentações conforme pré requisito de cada cargo disponível no em site: <a href="http://www.isgsaude.org">www.isgsaude.org</a></i>                                                                                                                                                     |                                    |                                 |                                      |
| <b>5. POSSUI QUAL DEFICIÊNCIA?</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |                                 |                                      |
| <input type="checkbox"/> FÍSICA                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> AUDITIVA  | <input type="checkbox"/> VISUAL | <input type="checkbox"/> INTELECTUAL |
| <input type="checkbox"/> MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> MÚLTIPLAS |                                 |                                      |
| 5.1 No caso de pessoa com deficiência: Identificar o CID                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                                 |                                      |
| 5.1.1 Indicação das condições diferenciadas para realização da entrevista:                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |                                 |                                      |
| 5.1.2 Possui familiar de 1º, 2º ou 3º grau na referida unidade (Em caso do SIM, identificar cargo e área de atuação do familiar).<br>( ) sim ou ( ) não                                      Cargo:                                      Área:                                                                          |                                    |                                 |                                      |
| 5.1.3 Possui Vínculo de Agente Público ou Ex Agente Público, em caso SIM, identificar. (Agente Público entende-se, é aquele que presta qualquer tipo de serviço ao Estado, que exerce funções públicas, no sentido mais amplo possível dessa expressão, significando qualquer atividade pública).<br>( ) sim ou ( ) não |                                    |                                 |                                      |
| DECLARO que conheço e concordo com a coleta e o tratamento dos meus dados pessoais pelo ISG, de acordo a Lei 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, e nos termos dispostos no Edital do processo seletivo, bem como que recebi o comprovante da solicitação de inscrição devidamente assinado.              |                                    |                                 |                                      |
| Goiânia, ____/____/2025.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |                                 |                                      |
| _____<br>ASSINATURA LEGÍVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |                                 |                                      |
| <b>HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS - HDT</b><br><a href="http://WWW.ISGSAUDE.ORG">WWW.ISGSAUDE.ORG</a><br><b>COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO PREENCHIMENTO ISG</b>                                                                                                                                                               |                                    |                                 |                                      |
| <b>FICHA DE INSCRIÇÃO – Edital 005/2026 – DE 21 A 27 DE JULHO DE 2026</b>                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |                                 |                                      |
| NOME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    | CARGO:                          |                                      |
| ASSINATURA ISG:                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    | DATA/HORA:                      |                                      |

| CRONOGRAMA ESTIMADO DE ETAPAS |                                                                      |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DATA                          | DISCRIMINAÇÃO                                                        |
| 16/07/2026                    | PUBLICAÇÃO DO EDITAL                                                 |
| 21/07/2026 à 27/07/2026       | INSCRIÇÕES, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 12:00</u>                        |
| 29/07/2026                    | PUBLICAÇÃO DO RESULTADO DA AVALIAÇÃO CURRICULAR                      |
| 30/07/2026                    | PRAZO DE RECURSO DA SEGUNDA FASE, <u>HORÁRIO DAS 08:00 ÀS 16:00</u>  |
| 31/07/2026                    | CONVOCAÇÃO PARA SEGUNDA FASE                                         |
| 03/08/2026 e 04/08/2026       | EXECUÇÃO DA SEGUNDA FASE: PROVA ORAL                                 |
| Até 07/08/2026                | PUBLICAÇÃO DO RESULTADO FINAL DE TODAS AS VAGAS COM CADASTRO RESERVA |